OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 490719

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/03/21	26/03/21	CONCLUÍDO	8354725	02/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253537840000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WELLINTON OLIVEIRA SILVA 18/09/1982	( ) -	WELLINTON OLIVEIRA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BARBARA RIBEIRO LINHARES	48299	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
10063377865	BARBARA RIBEIRO LINHARES	48299	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BARBARA RIBEIRO LINHARES	48299	MG	

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000303	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/06/21		
2-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/06/21		
3-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/06/21		
4-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	01/06/21		
5-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/06/21		
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-partidpação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	,

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/04/21	29/04/21	29/04/21	/ /

Dra. Bárbara Ribeiro Linhares
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 48299

Dra. Bárbara Ribeiro Linhares
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 48299